

SANITA'

Una sintesi per la politica

La sostenibilità del nostro stato sociale richiede una solidarietà intergenerazionale che tenga conto dell'aumento della crescita delle aspettative di vita e dell'invecchiamento della popolazione.

In questo contesto va inserita la situazione della sanità che può essere riassunta dalla maggiore privatizzazione e della conseguente strisciante deriva del principio universalistico che regola il diritto alla salute.

La pandemia ha fatto riscoprire la fondamentale funzione della sanità pubblica e la necessità di un maggiore finanziamento del Servizio Sanitario nazionale in modo da rispondere alle richieste di cura di tutti i cittadini. Se questo non avviene c'è chi ricorre alla sanità privata pagando di tasca propria. Chi non può sostenere queste spese aspetta i tempi sempre più lunghi delle liste di attesa sperando che non ci siano rischi per la sua salute. Anche nella sanità sono cresciute le disuguaglianze.

In questi due la pandemia è stata occasione per una ulteriore concentrazione della ricchezza in quanto l'1% della popolazione ha acquisito il doppio della ricchezza del restante 99%.

Anche nel nostro Paese cresce la povertà e insieme a questa la povertà sanitaria tra quanti, con reddito basso o inesistente, subiscono delle disuguaglianze.

Perché occorre investire di più nella sanità pubblica in modo da aumentare la quota del fondo sanitario da ripartire tra le regioni?

Principalmente per:

- rispondere più puntualmente alla domanda di sanità senza causare disuguaglianze ;
- formare le persone che operano nella sanità ed incentivare la loro permanenza nella sanità pubblica ;
- attivare la medicina nel territorio, nelle case e negli ospedali di comunità, necessaria per superare l'intasamento dei Pronto Soccorso, basata sul fondamentale apporto dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti e del personale sanitario.

Ogni ritardo nella attuazione di quanto proposto può esasperare il clima di preoccupazione e di tensione fino a provocare ingiustificati atti di violenza verso

gli operatori sanitari più esposti nei servizi di emergenza, per i quali vanno disposte adeguate misure di salvaguardia.

La manovra finanziaria proposta dal Governo Meloni prevede un ulteriore finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale, valutato insufficiente, anche considerata la sua incidenza sul PIL, cioè sulla ricchezza prodotta dal Paese, che dovrebbe, essere in linea con quanto fatto da diversi Paesi dell'Europa.

Sono da valutare positivamente alcune dichiarazioni del Ministro della Salute Schillaci circa la necessità di riconoscere compensi più elevati ai medici particolarmente impegnati negli ospedali pubblici. Ma vanno decisamente affrontati i nodi di fondo di tutto il personale sanitario per evitare la emorragia in atto verso la sanità privata che offre migliori trattamenti: si rischia di mantenere nella sanità pubblica i settori con i reparti più costosi dell'emergenza (pronto soccorso, rianimazioni, terapie intensive ed altre) e di lasciare alla sanità privata tutti gli altri settori con gestioni meno costose. Un simile contesto porterebbe ad un ulteriore aumento delle disuguaglianze.

La collaborazione tra Regione e sanità privata accreditata/convenzionata va finalizzata all'interesse pubblico rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale. Va riordinata la sanità integrativa dei fondi contrattuali e del sempre più diffuso welfare aziendale per evitare disuguaglianze tra quanti possono avere prestazioni sanitarie senza liste di attesa perché hanno un rapporto di lavoro e tra coloro che non lavorano o sono pensionati.

Potrà essere sollevata la questione della sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale sul piano economico e finanziario. Ma allora vanno censite ancora preziose e ulteriori risorse per redistribuire in maniera più equa i costi dei servizi sociali e la ricchezza prodotta nel Paese e sempre più soggetta a disuguaglianze.

Questa sintesi riassume l' AGENDA SANITA' DELLA FAP DI VENEZIA redatta in continuità con il testo "Welfare intergenerazionale, sanità e disuguaglianze: oltre la pandemia" diffuso dalla Fap di Venezia e dalla Fap del Veneto nella primavera del 2022 in occasione della convocazione dei congressi da parte della Fap nazionale.

Marghera 25 Gennaio 2023

APPROVATO DAL COMITATO PROVINCIALE FAP DI VENEZIA
SU PROPOSTA DELLA SEGRETERIA PROVINCIALE

SANITA'

AGENDA FAP VENEZIA

Prefazione

1. Carenza del numero dei medici
 - 1.1 I medici specialisti
 - 1.2 I medici di famiglia
 - 1.3 Il capitale umano , risorsa fondamentale per la sanità
2. L'Impatto della pandemia sulla sanità
3. Il contesto attuale della sanità
4. Sanità integrativa e pandemia
5. Sanità pubblica e sanità privata
6. Il finanziamento del SSN e destinazione delle risorse
7. Confronto tra spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata
8. Sanità territoriale, case ed ospedali di comunità
9. Sintesi delle emergenze in sanità
 - 9.1. Le prestazioni delle sanità ordinaria, recupero dell'arretrato e situazione di normalità
 - 9.2. La sanità territoriale
 - 9.3. Incentivare la permanenza dei medici nella sanità pubblica
 - 9.4 La prevenzione delle malattie
 - 9.5. La riforma della assistenza degli anziani non autosufficienti
 - 9.6 Disuguaglianze nella sanità

Allegato: Disegno di legge delega per la riforma della non autosufficienza

Marghera 25 Gennaio 2023

A cura di **Franco Marchiori**

Prefazione

Le notizie e le informazioni sempre più allarmanti e preoccupanti del tipo:

- Interi reparti ospedalieri sono affidati a Cooperative

-700.000 veneti senza medico di famiglia

-sto aspettando da X mesi la visita specialistica

-Ieri ho accompagnato un parente al Pronto Soccorso. Ho aspettato XX per la visita);

Sono rappresentative delle evidenti criticità del Servizio Sanitario Nazionale che devono essere ricondotte alle finalità della sua istituzione, nel 1978, con la riforma di Tina Anselmi, prima donna ministro.

Si corre il rischio che la comunicazione privilegi prevalentemente fatti di cose che vanno male che contrastano con il principio universalistico contenuto nell'art.32 della Costituzione.

Ci sono ancora tanti cittadini che per esperienza diretta o indiretta, perché riferita da altre persone, si ricordano che i servizi sanitari di diagnosi e cura delle malattie prestati dalle mutue prima della riforma. Si trattava di assicurazioni sociali alle quali erano iscritti, con il pagamento di contributi, i lavoratori ed i loro familiari per quali veniva pagato un contributo. La diagnosi e la cura delle malattie non erano accessibili a tutti i cittadini oppure non erano accessibili in egual misura a parità di bisogno.

Il SSN è finanziato con la fiscalità generale, cioè dal sistema delle imposte sul reddito dei cittadini, dalle entrate dirette delle Aziende Sanitarie Locali costituite da ticket e da altre prestazioni a pagamento.

Con questo spirito la Fap di Venezia aggiorna la sintesi "SANITA' E DISUGUAGLIANZE OLTRE LA PANDEMIA " presentata in aprile di quest'anno in occasione del suo congresso.

1. La carenza del numero di medici

E' generalmente diffusa la consapevolezza della carenza del numero dei medici, medici di famiglia e pediatri di libera scelta, medici specialisti, personale infermieristico.

L'AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) informa che entro il 2022 andranno in pensione 29.300 medici specialisti, 11.800 medici di medicina generale, 21.050 infermieri.

La diminuzione del numero e di diverse specialità limita fortemente la capacità di erogare le necessarie prestazioni dentro gli ospedali e nel territorio dei distretti.

1.2 I medici specialisti

I reparti ospedalieri più carenti di medici specialisti sono i Pronto Soccorso, le rianimazioni, le cardiologie, le ortopedie, le pediatrie. Va fatto presente che le impegnative e stressanti modalità di lavoro hanno influito sulle scelte di interruzione del rapporto fatte dai medici.

Diventa sempre più problematica l'organizzazione dei turni di lavoro per cui si ricorre sempre più frequentemente sul ricorso a **medici gettone** tramite cooperative, che forniscono il servizio a costi molto più alti rispetto al costo dei medici dipendenti. Spesso sono impegnati medici in pensione che possono cumulare pensione e reddito.

Questo fenomeno è il risultato di tanti anni di blocco della sostituzione dei medici che vanno in pensione (ora superato) e dalla impossibilità di immettere in servizio medici specialisti in sostituzione di quelli mancanti dato il numero insufficiente fornito dalle scuole di specializzazione. Solo recentemente, a partire dall'anno accademico 2022/23 il numero di posti previsti per la specializzazione è di **14.740**, notevolmente aumentate rispetto agli anni precedenti.

E' molto dibattuta la questione riguardante il numero chiuso e la tipologia dei test di selezione delle domande. I posti assegnati ai corsi sono il risultato della disponibilità accertata presso le università in grado di offrire docenti, aule, laboratori ed altre strumentazioni per la formazione dei medici specializzandi. In questo procedimento sono coinvolti il Ministero della Università-Ricerca, della Salute e la Conferenza Stato - Regioni. Il costo per lo Stato per formare un medico specialista è attualmente di 128 mila euro.

Va precisato che i posti delle specialità sono coperti parzialmente: il 58% dei posti in Medicina dell'Emergenza-urgenza, il 21,5 % di anestesia e rianimazione, il 73,5% in radioterapia. Di conseguenza, da parte degli organismi responsabili, si sta discutendo sulla riduzione dei posti previsti per le altre specialità meno prioritarie considerando che i medici specialisti saranno pienamente operativi tra 4-5 anni. (fonte Dataroom di Milena Gabbanelli -giovedì 24 novembre 2022).

La scarsa preferenza verso la specializzazione in medicina dell'emergenza è motivata dal fatto che nei **Pronto Soccorso** sono trattati non solo i casi urgenti, con diversi tipi di patologie, ma casi non urgenti (codici bianchi), casi collegati alle frequenti cronicità nelle persone anziane, in un fase in cui è fortemente diminuito il numero dei medici di famiglia. Questa situazione, causa stress e aumenti del rischio di errore. Una prospettiva di miglioramento è affidata alle Case di Comunità e agli Ospedali di comunità che sono dedicate alla medicina territoriale .

1.2 I Medici di famiglia

E' allarmante una notizia del tipo "circa **700.000** cittadini veneti non hanno il medico di famiglia " . Il numero dei **Medici di famiglia** è fortemente diminuito a seguito dei pensionamenti, anche anticipati, in parte motivati dall'impatto della pandemia sulla organizzazione della sanità.

I Medici di Medicina Generale svolgono una funzione fondamentale nel collegamento tra bisogni di sanità dei cittadini e le prestazioni offerte dal Servizio sanitario nazionale (cioè Livelli Essenziali di Assistenza).

In Lombardia c'è il più alto rapporto tra abitanti e medici di famiglia che è pari a 1450. Seguono Calabria (1.423), il Veneto (1.370) e altre regioni. (fonte: La Repubblica 13

novembre 2022). il Veneto rispetto a qualche anno addietro contava su **3.400** professionisti e attualmente il numero è sceso a **2.766** medici, dei quali 1748 compongono le medicine di gruppo. Dal 2023 al 2025 sono previsti **462** pensionamenti (possibili a 70 anni) ma nello stesso periodo con i corsi di formazione triennali saranno diplomati **589** nuovi medici. I cittadini senza medico potranno essere inseriti tra i medici che hanno accettato l'elevazione del massimale da **1500** fino a **1800** oppure verranno affidati a medici temporanei o a sostituti. L'assessora regionale Manuela Lanzarin ha riconosciuta la necessità di adottare un modello assistenziale più rispondente alle necessità del territorio.

In merito alle borse di studio per la specializzazione si è sviluppato un utile confronto tra le forze politiche rappresentate nel Consiglio Regionale nel quale l'opposizione critica l'Amministrazione regionale di aver programmato negli anni precedenti un numero insufficiente di posti, in rapporto agli abitanti, rispetto a quanto effettuato da Emilia, Toscana e Piemonte. Per questo va ponderato con attenzione il numero delle borse di studio per la specializzazione.

Inoltre, considerata la fondamentale funzione affidata ai medici di famiglia, si chiede alla Regione di sostenere, con personale di segreteria ed infermieristico, **la Medicina di gruppo** che meglio si prestano alla collaborazione ed integrazione tra medici. La organizzazione del servizio dei medici di famiglia dovrà tener conto del loro apporto nella **sanità territoriale** articolata nelle **Case della Comunità e Ospedali di Comunità**. In questo ambito va incentivato il lavoro svolto nelle aree "disagiate".

1.3 Il capitale umano, risorsa fondamentale per la sanità

Sono state presentate due emergenze fondamentali per la sanità pubblica: medici specialisti e medici di famiglia. Tuttavia, non basta pensare alla **preparazione medici** che operano dentro e fuori gli ospedali, perché le cure primarie del territorio sono prestate dai medici di famiglia nel contesto dei distretti sanitari.

C'è sempre il rischio che i medici specialisti preparati dalle strutture di formazione, quasi tutte pubbliche, con costo a carico dello stato (128.000 euro), siano assorbiti prevalentemente dalla **sanità privata**. Anche prima dell'impatto della pandemia si manifestava la fuga verso il privato di **medici** (nel Veneto si è verificata una incidenza doppia di uscite del personale medico) motivate principalmente da ritmi e turni di lavoro stressanti, con poca flessibilità di impiego e dalle scarse possibilità di **crescita e di valorizzazione della professionalità**.

In relazione alla carenza sopra descritta si apprende che la regione Veneto tramite l'Azienda Zero ha indetto un concorso per reclutare **154** medici per il Pronto Soccorso e sono arrivate **59** domande (fonte Corriere del Veneto-Mercoledì 7 dicembre 2022).

È prioritario il problema della **incentivazione** dei **medici specializzati** nell'ambito della **sanità pubblica** garantendo una gestione più flessibile della organizzazione del lavoro che richiede la programmazione di sviluppi di carriera e migliori retribuzioni. I costi per la

formazione dei medici specialisti vanno considerati investimenti per il futuro della sanità pubblica.

2. L'impatto della pandemia sulla sanità

Vanno ricordati i periodi più difficili nei quali si diffondeva la pandemia e la scienza e la medicina erano fortemente impegnate nella ricerca delle cure più appropriate e dei vaccini. Nel frattempo si verificava un elevato numero di decessi con la maggiore incidenza sulle persone anziane e con esperienze rese ancor più dolorose dalle condizioni di solitudine in cui tante persone hanno vissuto i loro ultimi giorni.

Anche per questi motivi la Fap ha aderito all'appello **"Senza anziani non c'è futuro"** proposto dalla **Comunità di Sant'Egidio** nella primavera del 2020, per opporsi all'idea di una **sanità selettiva** basata sulla cultura dello scarto denunciata da Papa Francesco.

Le conseguenze del Covid si sono allargate dall'ambito sanitario a quello sociale, economico ed occupazionale, con la chiusura delle scuole, con la riorganizzazione di molti processi produttivi, influenzando pesantemente la vita di tutti, in particolare delle persone più fragili.

I numerosi casi di positività accertata hanno generato picchi senza precedenti nell'occupazione dei posti letto negli ospedali ed in particolare delle terapie intensive. Di conseguenza l'intero sistema, incentrato prevalentemente sugli ospedali è andato in tilt. Inoltre per lunghi periodi si è bloccata la **sanità ordinaria**, riguardante visite specialistiche, interventi chirurgici programmati e screening, con gravi conseguenze per la cura delle persone. Il lockdown aveva bloccato tutta la sanità pubblica e privata.

Prima della pandemia venivano presentate le **disuguaglianze** che si verificavano quando il crescente fabbisogno di sanità non veniva soddisfatto dal Servizio Sanitario Nazionale **-SSN-**, finanziato dal sistema fiscale. I cittadini che potevano pagare si rivolgevano alla sanità privata sostenendo la spesa di tasca propria per non mettersi nelle liste di attesa. E' evidente la discriminazione nei confronti di quanti non potevano pagare che spesso subivano gravi conseguenze per la salute.

Con l'impatto della pandemia sulla sanità, invece, è stata fatta esperienza di **eguaglianza di trattamento** nei confronti dei cittadini, pur nelle difficoltà di definire metodi di cura e di attrezzature mediche adeguate. Ciò è stato possibile grazie all'enorme impegno e sacrificio del personale della sanità pubblica che si è fatta carico della quasi totalità della risposta assistenziale per la cura di tutti coloro che venivano colpiti dal Covid.

L'esperienza della pandemia ha confermato la **centralità della sanità pubblica** che assicura a tutti i cittadini un servizio sanitario universalistico ispirato ai valori di equità e di umanizzazione.

3. I contesti attuale della sanità

Si è superata la fase più difficile della emergenza sanitaria grazie alla messa a punto di cure più efficaci e la produzione e diffusione di **vaccini** frutto della collaborazione tra gli stati e Comunità Europea con la consapevolezza che i vaccini sono "bene comune" per tutta la comunità mondiale.

Si è ora in un periodo di **convivenza** (fase endemica) con un virus in evoluzione che richiederà la somministrazione di vaccini adeguati e prestando attenzione e cure alle persone più fragili. Vanno seguiti i pazienti **“long Covid”**, cioè le numerose persone guarite dal Covid ma bisognose di ulteriori interventi di cura. E' fondamentale prevenire i contagi e avere una risposta sanitaria che consenta la vita di relazione tra le persone e nella società.

In questi ultimi anni abbiamo visto le conseguenze delle varie emergenze sanitarie, ambientali, climatiche ed energetiche e le interconnessioni con la salute pubblica.

Vanno affrontati altri problemi importanti per la salvaguardia della vita e salute delle popolazioni: la resistenza dei batteri agli antibiotici (nella attuale manovra finanziaria c'è una voce per avviare alcuni interventi), la esigenza di limitare l'uso di antibiotici negli allevamenti, i criteri di alimentazione, la limitazione del consumo di carne, l'esigenza di rilanciare la prevenzione delle malattie in generale.

Per questo va valutata positivamente la decisione di destinare maggiori risorse al **Servizio Sanitario Nazionale** che ha il compito di erogare i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, cioè i servizi “minimi” che dovrebbero essere garantiti in qualunque zona d'Italia senza costi per il cittadino oppure pagando il ticket quando previsto (assistenza del medico di famiglia, visite specialistiche e ricoveri in strutture, esami di vario genere).

4. Sanità integrativa e pandemia

La sanità integrativa è collegata ai fondi contrattuali che prevedono la copertura sanitaria tramite società di assicurazione. Riguarda circa **13,7** milioni di iscritti come risulta dall'ultimo aggiornamento dell'Anagrafe dei Fondi sanitari.

Sul piano territoriale si evidenzia che la maggiore concentrazione si trova nelle regioni del Centro Nord dove sono ubicate il maggior numero di imprese e quindi di lavoratori.

Le Regione Veneto nell'ultimo Piano socio sanitario aveva previsto di attuare una anagrafe dei fondi della sanità integrativa e delle relative risorse per la inclusione della stessa nella pianificazione regionale.

La iniziale distinzione tra Fondi con *prestazioni integrative* ai LEA e Fondi *prestazioni sostitutive ai LEA* è superata, per cui gli iscritti beneficiano di prestazioni fornite da strutture private con tempi di attesa più ridotti rispetto alla sanità pubblica.

Per la sanità integrativa è previsto un regime fiscale agevolato basato sul meccanismo delle deduzioni in quanto i premi versati dai datori di lavoro e dai lavoratori non concorrono alla formazione del reddito.

La valorizzazione della sanità integrativa si è estesa anche al **welfare aziendale** con le conseguenti applicazioni delle agevolazioni fiscali.

Sono state apportate alcune modifiche per estendere l'assicurazione al pagamento di indennità a causa del Covid (*NB: in un contesto in cui il peso ed il “costo” della cura era sostenuto dalla sanità pubblica*). Inoltre, sono state fatte proposte per includere nella assicurazione le operazioni riguardanti la prevenzione ed i contagi nelle aziende e la

programmazione delle prestazioni legate alle situazioni di cronicità considerato che in Italia quasi il 40% della popolazione ha una malattia cronica e 12,5 milioni di persone sono multi cronici. Più recentemente, da parte di esperti del settore, sono state fatte altre proposte per estendere l'assicurazione alle prestazioni di diagnostica, prevenzione, riabilitazione, medicina specialistica, assistenza tramite call center viste le potenzialità della telemedicina. *Tuttavia, viene evidenziata la mancanza di un quadro legislativo di riferimento.*

La Fap ha chiesto un riordino della normativa della Sanità Integrativa, per una più equa ripartizione delle agevolazioni fiscali.

5. Sanità pubblica e privata

La domanda di "sanità" esprime numerosi e articolati bisogni. Già prima della pandemia la sanità faticava a tenere insieme **acuzie e cronicità** ed ora deve operare per contrastare le diverse e mutevoli **forme del virus** che continueranno ancora per un certo tempo.

Spese per la sanità pubblica

Nell'ambito della sanità operano i soggetti pubblici, cioè lo Stato e le regioni, oppure soggetti privati che si impegnano a conseguire le finalità della Regione sulla base di requisiti previsti dall'accreditamento e secondo apposite convenzioni.

La sanità pubblica e le spese inerenti al suo funzionamento, comprese quelle sostenute dalla sanità privata accreditata e convenzionata sono **spesa pubblica**.

L'avvento del Covid 19 ha provocato ed un ulteriore allungamento dei tempi di attesa, un accumulo notevole di interventi chirurgici programmati e un enorme arretrato visite specialistiche ambulatoriali, la sospensione di screening e con finalità preventive sospesi o saltati. Per fare fronte alla cura del Covid si è provveduto ad una radicale riorganizzazione dei servizi ospedalieri

L'impatto della pandemia sulla sanità è stata motivo di pensionamento anticipato e di fuga verso il privato di tanti medici operanti negli ospedali e della richiesta di pensionamento da parte dei medici di famiglia.

Superata la fase di emergenza si sta affrontando la fase di convivenza con un Covid in continua evoluzione e la necessità di cura per i pazienti Long Covid.

In questo compito impegnativo operano le strutture della sanità pubblica e quelle private accreditate e convenzionate con oneri al carico del pubblico .

L'AGENAS - l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali- ha diffuso dei dati relativi al rispetto dei tempi riguardanti la programmazione degli interventi per le malattie di tipo tumorale e cardiovascolare e i tempi di risposta per le visite specialistiche ambulatoriali.

Gli effetti negativi del Covid si manifestano sul numero e sui tempi delle prestazioni: prendendo ad esempio il tempo di risposta per gli interventi di cura per alcuni tipi di tumore, per il periodo 2019 (*prima del Covid*) -2021 sono peggiorati i tempi per 10 regioni su 21 ed il Veneto si colloca al sesto posto.

Considerando le visite specialistiche ambulatoriali , facendo un confronto tra il primo semestre del 2022 rispetto al 2019 (*prima del Covid*) il Veneto figura al decimo posto sia per le prime visite specialistiche (con una diminuzione del 24 %), sia le visite di controllo (con una diminuzione del 20%) (*fontei Corriere del veneto 18 dicembre 2022*).

In sintesi per alcuni tipi di prestazioni, risultano più elevate le percentuali di risposta delle strutture private rispetto alle strutture pubbliche regionali.

Per il **recupero delle prestazioni arretrate** a causa della pandemia riguardanti la specialistica ambulatoriale, insieme la sanità pubblica ha operato la sanità privata accreditata/convenzionata per il recupero della prestazioni arretrate. Nel Veneto in attuazione del progetto finanziato dal Ministero della sanità, erano da recuperare 72.000 interventi chirurgici e 325.000 prestazioni di specialistica ambulatoriale, compresi gli screening finalizzati alla prevenzione: alle strutture pubbliche veniva attribuita la quota di 31. 014.000 euro mentre alle strutture private veniva affidata la quota 9.966.000 euro, con una incidenza più elevata rispetto alla presenza organizzativa sul territorio.

I servizi del **Pronto Soccorso** degli ospedali pubblici, sono sempre di più intasati, sono gestiti sempre più frequentemente da medici facenti capo a soggetti privati . Tale intasamento è dovuto alle difficoltà incontrate nella sanità territoriale nel rispondere alla cure primarie dei distretti. .

In questa situazione della sanità , dopo due anni di contrasto alla pandemia e di cure delle persone contagiate da parte della **sanità pubblica**, assume un maggior peso la sanità privata accreditata/convenzionata con spesa a carico della sanità pubblica, dove operano medici, spesso provenienti dal pubblico, retribuiti con compensi più elevati.

Tuttavia, va osservato che il sistema delle strutture pubbliche deve rispondere a tutti i tipi della domanda di cura della salute erogando le prestazioni previste dai LEA, comprese le malattie rare e le urgenze utilizzando gli stessi ambulatori e le stesse sale operatorie.

Il privato accreditato/convenzionato non si occupa delle urgenze e sceglie di curare prevalentemente le malattie meno complesse negli ambiti più richiesti della riabilitazione , l'ortopedia ed altre (*Corriere del Veneto – giovedì 15 dicembre 2022*).

Sanità privata

Nella sanità privata operano società di servizi che forniscono prestazioni coperti da assicurazioni private. Questo mercato si sta evolvendo verso il superamento della concezione classica della copertura della cura della malattia e del risarcimento del danno per offrire servizi di diagnosi e cura e assistenza. Sono offerti check medici, finalizzati alla prevenzione e agli stili vita più sani, in strutture private convenzionate..

Anche le assicurazioni private operano in base a criteri che tengono conto dell'invecchiamento della popolazione e della diminuzione della popolazione in età lavorativa, del forte impatto sulle politiche di protezione sociale in relazione alla quota crescente di persone anziane. Nel settore viene prospettata anche forme diverse di protezione, cura e assistenza per la non autosufficienza.

Inoltre opera la sanità integrativa, fiscalmente agevolata, tramite i Fondi Sanitari Integrativi collegati ai contratti collettivi vi lavoro e alle forme di welfare aziendale (vedasi la presentazione specifica) .

6. Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e destinazione delle risorse

Va precisato che:

- il Servizio Sanitario Nazionale è stato finanziato dallo stato con i seguenti importi (in miliardi di euro) che sono ripartiti tra le regioni in base all'accordo Stato/Regioni (fonte Camera dei Deputati Studi-Affari Sociali-18 settembre 2022):

<u>anno</u>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>	<u>2021</u>
finanziamento (miliardi di euro)	112,7	114,5	120,5	121,3

è evidente il significativo incremento, a partire dal 2020, determinato dall'impatto del Covid sulla sanità pubblica

- il **Fondo Sanitario Nazionale**, che rappresenta il fabbisogno sanitario nazionale comprendente il finanziamento complessivo della **sanità pubblica e di quella accreditata in Italia**, è stabilito con la legge di bilancio 2022 in corso di discussione e di approvazione - è il **seguito** (cifre in miliardi di euro):

<u>anno</u>	<u>2022</u>	<u>2023</u>	<u>2024</u>
finanziamento (miliardi di euro)	124	128	130

per effetto della manovra finanziaria proposta dal Governo Meloni, risulta che:

- per il 2023 il fondo avrà a disposizione **128** miliardi considerando i 2 miliardi in più che si aggiungono agli altri 2 stanziati dal precedente Governo dalla manovra precedente ;;

- il 2024 il Fondo raggiungerà la cifra **130** miliardi per effetto dei 2 miliardi della manovra del Governo Meloni e dei 2 miliardi stanziati dal precedente Governo;

Per il 2023 la manovra del Governo appare insufficiente anche in relazione all'elevato tasso di inflazione, oltre il 10%, che si ripercuote sui costi della sanità: solo per far fronte al caro energia delle Regioni sono stati stanziati **1,4** miliardi.

È previsto un incremento di 200 milioni , a partire dal 2024, della indennità di pronto soccorso per medici e personale sanitario nell'ambito dei contratti collettivi di lavoro . Si tratta di un segnale positivo che va inserito in progetto complessivo finalizzato ad incentivare la permanenza dei medici e del personale sanitario nell'ambito della sanità pubblica .

*Il Governo ha prorogato al 30 aprile 2023 il termine previsto per il "Payback" cioè il provvedimento che obbliga le imprese fornitrici dei dispositivi medici agli ospedali, al rimborso del 50% dello sfioramento della spesa regionale pari a circa **2 miliardi** di euro relativamente agli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, del quale le imprese non hanno responsabilità. E' attesa una revisione di tale provvedimento in quanto metterebbe in grossa difficoltà un importante settore, riguardante 4546 imprese e 112.534 addetti, nonché le stesse strutture ospedaliere pubbliche per i futuri approvvigionamenti. L'Italia spende già meno a livello pro-capite rispetto agli altri paesi europei.*

7. Confronto tra spesa per la sanità pubblica e le spese per la sanità privata .

Viene presentata la spesa **sanitaria Prima del Coronavirus** (miliardi di euro)-l'anno 2019, anno che precede l'impatto del Coronavirus:

anno 2019 spesa sanitaria pubblica **115,7** spesa privata **40,5** : totale **156,2** miliardi

spesa sanitaria (e Impatto del Coronavirus (miliardi euro):

anno 2020 **s. pubblica a consuntivo 122,7** miliardi - **s. privata 30,8**: totale **153,5** miliardi

anno 2021 “ “ **127,8** “ “ **41,5 (stima) 169,3** miliardi

anno 2022 “ **previsione 131,7** “ “ **da verificare**

Si osserva che la tendenza alla crescita della **sanità privata**, composta per 9 decimi da **spese di tasca propria**, si riduce nel 2020 a causa del lockdown, e riprende ad aumentare nel 2021 e si prevede una ulteriore crescita 2022. Si stima che la spesa **sanità privata** (40,5 miliardi nel 2019) sia composta per 9 decimi da **spese di tasca propria** e da 1 decimo dalla **sanità privata intermediata (sanità integrativa, welfare aziendale e polizze di assicurazione)**.

Nel 2020 i provvedimenti di chiusura totale (lockdown) adottati a causa della impennata del Covid hanno indotto atteggiamenti di cautela e di paura nell'accesso alle strutture sia pubbliche che private.

Nel 2021, pur essendosi verificati gli effetti positivi della campagna di vaccinazioni i cittadini sono ricorsi con gradualità alle prestazioni sanitarie.

Nel 2022 la situazione economica rappresentata dall'elevato indice di inflazione, dalla sostanziale stabilità o di diminuzione del PIL (indice di crescita della produzione e quindi di reddito del Paese), dalla crescita delle povertà, ha condizionato le scelte del cittadino: aumentano le difficoltà economiche per **pagare di tasca propria** la sanità privata al fine di ridurre il tempo delle liste di attesa. Il ritardo sul tempo della prestazione rischia di causare conseguenze, anche gravi, per la salvaguardia della salute (malattie oncologiche, cardiologiche ed altre più complesse).

Il **rapporto spesa sanitaria pubblica/privata**, fatto 100 il totale della spesa sanitaria, passa da **74/26** nel 2019 a **75/25** nel 2021 e 2022 in quanto il rapporto pubblico/privato dipende dall'aumento dei finanziamenti apportato con le leggi di bilancio.

8. Sanità territoriale, case ed ospedali di comunità

I nuovi orientamenti sanitari, sulla base della esperienza pandemica, fanno più affidamento sulla **medicina territoriale** piuttosto che su una sanità fondata unicamente sull'ospedale e sul pronto soccorso, al quale sempre più frequentemente si rivolgono i cittadini nei momenti di emergenza.

Nel contesto del PNRR – Piano Nazionale di Resistenza e di Resilienza, nel 2021 Governo e Parlamento hanno deciso nel 2021, a seguito dell'esperienza del Coronavirus di aumentare le risorse alla sanità pubblica ed in particolare **alla medicina territoriale**, primo presidio sanitario che si rivolge a tutte le fasce della popolazione. Si tratta di :

- prendere in **carico** delle persone bisognose di cura, in particolare dopo la fase acuta della malattia;
- sostenere **l'assistenza domiciliare** per raggiungere la quota del 10% dei cittadini over 65 anni;

- rilanciare la funzione dei **distretti** nei quali opereranno le **Case della Comunità** con l'apporto dei **medici di medicina generale** e di un **team multidisciplinare** insieme all'infermiere di famiglia, e gli Ospedali di Comunità;
- sempre con riferimento ai distretti, attuare l'integrazione sociosanitaria con i **servizi sociali dei Comuni** sia per quanto riguarda le Case di Comunità sia per l'assistenza domiciliare;
- favorire **forme differenziate di residenzialità** per le persone anziane.
- potenziare ed utilizzare in maniera congrua la **telemedicina e la digitalizzazione** nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale.

Per queste finalità sono previste, utilizzando i fondi del PNRR, 1.350 Case delle Comunità (mediamente una ogni 40-50.000 abitanti, distinte tra tipo hub e spoke) e 400 Ospedali di comunità, una centrale operativa territoriale ogni 100.000 abitanti.

Per il Veneto sono programmate:

- 99 Case della Comunità che saranno aperte 7 giorni su 7, con presenza dei medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri, tecnici e assistenti sociali; la finalità principale è quella di assorbire i codici bianchi del Pronto Soccorso, sgravare l'ospedale da servizi quali prelievi per analisi,
- 30 Ospedali di comunità che serviranno al ricovero breve di pazienti non più in fase acuta per un recupero della autonomia oppure di pazienti dimessi dall'ospedale ma non in grado di tornare a casa,.

Saranno utilizzate tutte le informazioni sanitarie valorizzandole tecnologie informatiche e digitali, compresa la telemedicina.

Fra quanto tempo (si parla di anni) saranno avviate queste nuove strutture? Saranno veramente di prossimità? Ci saranno i medici di famiglia, gli specialisti, gli infermieri e altro personale perché possano funzionare tutti i giorni della settimana?.

Occorre rispondere agli interrogativi per cui sono progettate considerato che il PNRR **finanzia le strutture e non la gestione** per cui le Regioni hanno chiesto la garanzia per le assunzioni del personale medico ed infermieristico.

NB. In Veneto gli ospedali di comunità sostituiscono i reparti ospedalieri di lungodegenza, con l'assistenza gratuita da parte dei medici ed infermieri; nell'ospedale di comunità il servizio è affidato ad infermieri con presenza per un certo numero di ore di un medico. E' prevista la partecipazione al costo della degenza dopo un certo numero di giorni.

9. Sintesi delle emergenze in sanità

9.1 Le prestazioni della sanità ordinaria : recupero dell'arretrato e situazione di normalità

Dalla esperienza pandemica la Regione, avvalendosi di un provvedimento nazionale previsto per tutte le regioni, si è mobilitata per recuperare entro il 2022 l'**arretrato** delle prestazioni riguardanti la **sanità ordinaria** (visite specialistiche, intervento programmati ed altro riguardanti pazienti non Covid). Va ricordato che la sospensione di numerose prestazioni

motivata dalla emergenza del Coronavirus spesso è stata causa di gravi conseguenze per le malattie più complesse (nella oncologia, cardiologia ed altre).

Per raggiungere l'obiettivo, a suo tempo definito situazione di "normalità", la Regione ha utilizzato ed incentivato gli operatori sempre più scarsi della sanità pubblica ed è ricorsa alla **sanità privata accreditata/convenzionata**. Secondo le previsioni dell'assessorato alla sanità del Veneto saranno recuperati in gran parte i ritardi riguardanti circa 400.000 prestazioni arretrate .

Normalità significa una situazione in cui il servizio sanitario, comprensivo della **sanità pubblica e della sanità privata accreditata-convenzionata**, è in grado di erogare, entro i tempi previsti, le prestazioni prescritte dai medici di medicina generale secondo i criteri della appropriatezza e nel rispetto dei principi di equità e di eguaglianza.

Occorre considerare che la sanità privata accreditata/convenzionata opera fino al raggiungimento dei budget di spesa. Già prima del Covid le **liste di attesa** avevano raggiunto livelli elevati. Quando le **liste d'attesa** cominciano ad allungarsi, il cittadino si rivolge alla sanità privata pagando di tasca propria. Prima della pandemia la sanità privata era costituita da circa il 90 % da spese di tasca propria che incidono in maniera diversa sul reddito dei cittadini. Questo genera **disuguaglianze** fino ad assumere forme di povertà sanitaria.

9.2 La sanità territoriale

Il fabbisogno di sanità non può trovare risposta unicamente nell'ospedale e all'intasamento dei pronto Soccorso.

La **medicina territoriale** si rivolge a tutte le fasce della popolazione. La presa in carico e la cura delle persone più fragili avviene nelle Case della Comunità avvalendosi dei Medici di Medicina Generale, dei medici specialisti e del personale infermieristico. In questo ambito operano anche gli Ospedali di comunità .

Sarà possibile utilizzare tutte le informazioni sanitarie valorizzandole tecnologie informatiche e digitali, compresa la telemedicina.

Si potrà contribuire ad un welfare più idoneo alla integrazione sociale e sanitaria in relazione con i comuni.

9.3 Incentivare la permanenza dei medici specialisti nella sanità pubblica

Il futuro della sanità, in relazione alla fuoriuscita di numerosi e medici ed infermieri dalla sanità pubblica, dipenderà dai nuovi indirizzi che verranno dati per la soluzione dei nodi fondamentali della programmazione e della gestione del **personale sanitario** di competenza della Regione.

La programmazione del numero dei medici specialisti , le modalità di utilizzo e dello svolgimento della professione, dentro e al di fuori degli ospedali, ha fortemente limitato la possibilità di erogare le prestazioni prescritte dai medici di famiglia per soddisfare il bisogno di sanità. Va regolamentata la libera professione all'interno della sanità pubblica e va verificato il sistema complessivo delle remunerazioni. La sanità pubblica deve offrire possibilità di crescita professionale e di assunzioni di responsabilità dei giovani medici.

I dirigenti medici vanno coinvolti nelle scelte di gestione sulle attività di loro pertinenza .

In parallelo va perseguita una reimpostazione delle funzioni e delle modalità di scelta dei direttori generali, dei requisiti di managerialità ai fini della gestione delle diverse attività di competenza delle ASL.

9.4 La prevenzione delle malattie

La Prevenzione investe gli aspetti generali dell'ambiente e di uno sviluppo sostenibile considerando che le aspettative sulla riduzione dei fattori di inquinamento sono state fortemente ridimensionate dalla guerra in corso in Ucraina scatenata dalla Russia e dal crescendo di difficoltà economiche a livello mondiale.

Inoltre vanno evidenziati ed approfonditi tutti i fattori riguardanti i tipi di alimentazione e dei consumi, e gli stili di vita non corretti;

Pertanto, la salute va posta al centro di tutte le decisioni politiche con una visione sulla sanità, sull'ambiente, sui processi industriali, sui problemi sociali ed economici. E' fondamentale un approccio integrato nella gestione della salute in quanto sono strettamente interdipendenti gli aspetti riguardanti l'uomo, gli animali, le piante e l'ambiente.

La Regione Veneto (DGR 1858 del 29.12.2021) e le altre regioni hanno adottato il piano regionale della prevenzione in attuazione del Piano Nazionale 2020-2025.

I finanziamenti programmati per il Servizio Sanitario Servizio Nazionale e quelli del PNRR saranno sufficienti per "normalizzare" la domanda di sanità e l'offerta di prestazioni organizzata dalla sanità pubblica secondo criteri di sostenibilità?

9.5 La riforma della assistenza degli anziani non autosufficienti

Da diverso tempo è attesa **la riforma dell'assistenza degli anziani non autosufficienti** in linea con quanto è avvenuto in gran parte dei paesi europei. La Fap Acli sostiene l'insieme delle proposte del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza" finalizzato al superamento della frammentazione dei servizi sanitari, sociali, monetari e l'incentivazione delle nuove forme di residenzialità.

Il 10 ottobre 2022 è stato approvato dal Governo il disegno di legge delega per la riforma della non autosufficienza che recepisce numerose proposte del Patto, composto da 52 organizzazioni tra le quali le Acli, e che risponde anche alle indicazioni delle missioni 5 e 6 PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Segue come allegato il : Disegno di legge delega per la riforma della non autosufficienza

9.6 Disuguaglianze nella sanità

Si creano disuguaglianze, in un sistema sanitario universalistico finanziato con la fiscalità generale, ogniqualvolta non viene rispettato il principio di parità di accesso e di equità.

Le disuguaglianze in sanità contrastano con il principio universalistico che ispira il Servizio sanitario nazionale.

Un primo tipo di disuguaglianza è costituito dal pagamento di tasca propria di una prestazione sanitaria di competenza del Servizio sanitario Nazionale con la partecipazione al costo in base al reddito.

Un secondo tipo di disuguaglianza è dato dalla diversità di reddito dei cittadini che pagano di tasca propria con conseguenze, talvolta gravi, per la salute per i cittadini che non possono pagare.

Marghera 25 gennaio 2023

A cura di **Franco Marchiori**

Allegato: Disegno di legge delega per la riforma della non autosufficienza

Disegno di legge delega per la riforma della non autosufficienza

Il 10 ottobre 2022 è stato approvato dal Governo il disegno di legge delega per la riforma della non autosufficienza che recepisce numerose proposte del Patto, composto da 52

organizzazioni tra le quali le Acli, e che risponde anche alle indicazioni delle missioni 5 e 6 PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Le problematiche, incentrate sulla continuità della assistenza agli anziani non autosufficienti ,(che hanno raggiunto circa 3 milioni di persone over 65 anni).

Le persone vivono più a lungo e vanno create le condizioni per mantenere il più possibile l'autonomia fisica e cognitiva per contrastare il rischio di diventare non autosufficienti.

In sintesi con la riforma viene proposto un sistema unitario per la continuità della assistenza ai non autosufficienti coordinando le attività del servizio sanitario, quelle dei servizi sociali degli enti locali e dell'INPS. Inoltre saranno semplificati i procedimenti valutativi delle situazioni delle persone.

Pertanto come Fap , insieme a tutte le Acli, esprimiamo la nostra soddisfazione per l'approvazione del decreto da parte del Governo uscente presieduto da Mario Draghi per gli orientamenti fondamentali emersi anche in occasione del recente percorso congressuale della FAP che ha sviluppato il tema della **centralità degli anziani** .

In una visione intergenerazionale l' anziano è considerato come un "capitale sociale", cioè una risorsa per un welfare che concorre al sostegno delle famiglie al quale si affianca l'idea di un maggiore carico di cura nel contesto dell'**invecchiamento** delle persone.

Infatti, l'invecchiamento, da un lato è il risultato dall'aumento della vita media, dall'altro dipende dalla diminuzione della natalità che va affrontata con politiche familiari e servizi per conciliare i tempi di vita e i tempi di lavoro.

Sono stati evidenziate necessità di una **cura di lungo termine** per le persone bisognose di assistenza e di una impostazione più organica per **superare la frammentazione degli interventi** in quanto, con il crescere dell'età, cresce la probabilità di diventare non autosufficienti.

I Contenuti del Decreto

Il Decreto dovrà essere approvato dal nuovo Parlamento entro il 30 marzo 2023 che conferirà al Governo il compito di emanare, entro il 1 marzo 2024, decreti legislativi di attuazione in materia di politiche per l'invecchiamento attivo, la promozione dell'autonomia , la prevenzione della fragilità, l'assistenza e la cura delle persone anziane (anche non autosufficienti).

Si punta alla definizione di un **Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)** per procedere alla programmazione integrata, alla valutazione e al monitoraggio degli interventi dei servizi statali e territoriali (regione e comuni). Lo SNAA si fonda sul finanziamento pubblico in grado di assicurare adeguati livelli essenziali sanitari (LEA) e assistenziali per la non autosufficienza (LEPS).

Per l'assistenza continuativa agli anziani il Disegno di legge delega prevede :

- a) la introduzione di un Punto Unico di Accesso (PUA) presso le Case della Comunità, previste dalla attuazione della **sanità territoriale (nel contesto delle scelte maturate con il Covid)**, da intendersi come luogo di informazione sugli interventi disponibili, di orientamento e supporto nelle pratiche amministrative (con la finalità di facilitare il contatto tra servizi e beneficiari);

- b) la valutazione multidimensionale unificata che assorbe le diverse valutazioni nazionali esistenti è collegata alla valutazione multidimensionale territoriale di competenza dei comuni e regioni;
- c) una nuova domiciliarietà che metta i comuni e le ASL in grado di erogare prestazioni unitarie di tipo infermieristico e riabilitative
- d) l'introduzione, su richiesta delle persone anziane non autosufficienti interessate, di una prestazione universale, sostitutiva della indennità di accompagnamento, graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale, ed erogabile in moneta o di servizi alla persona svolti da assistenti familiari o da servizi di cura accreditati;
- e) la definizione di misure a sostegno dei "caregivers" familiari (cioè di coloro che si prendono cura dei propri cari) e delle persone addette per una migliore qualità della assistenza.

I prossimi passi

Per rispettare le scadenze previste, rispettivamente il 30 marzo 2023 per l'approvazione da parte del Parlamento, del 1 marzo 2024 per la emanazione dei decreti legislativi di attuazione, è necessario considerare il cambio della maggioranza politica di Governo che esprime i Ministri della salute e del Welfare. Va valorizzata la sperimentata collaborazione dei soggetti già coinvolti: le rappresentanze delle regioni e dei Comuni, le 52 organizzazioni che compongono il Patto per gli interventi migliorativi come nel caso dei servizi residenziali. Al nuovo Parlamento ed al nuovo Governo, pur nel contesto delle gravi e diverse emergenze del Paese, spettano il compito di proseguire nel percorso iniziato per affrontare, in termini di sistema, le sofferenze e le solitudini delle persone anziane più fragili e deboli, provvedendo ai necessari finanziamenti.

L'insieme delle proposte della Fap per una nuova visione e reimpostazione della sanità, con particolare riguardo alle persone anziane, richiedono l'impegno da parte delle **Acli e di tutti i soggetti del sistema** promuovendo confronti e dibattiti .